

	<b>Registration record/ Metryka zgłoszenia</b>			Strona 1/1
	Document numer/ <i>Dokument numer: F3-SOP-8.2.2</i>	Revision <i>/Wydanie: 04</i>	Release Date / <i>Data obowiązywania:</i> 13.07.2023	

W standardowym przypadku wyślij proszę na adres: [registration@icumed.com](mailto:registration@icumed.com)  
*/In the standard case, please send to registration@icumed.com*

W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta proszę wysłać na:  
[registration@icumed.com](mailto:registration@icumed.com) oraz [reklamacje@icumed.com](mailto:reklamacje@icumed.com)  
*/In case of a life-threatening patient, please send to:  
 registration@icumed.com and reklamacje@icumed.com*

Nazwa szpitala/ <i>Company name</i>	
Imię i Nazwisko/ <i>Name</i>	
Adres email/ <i>e-mail</i>	
Numer telefonu/ <i>Phone numer</i>	
Data zdarzenia/ <i>Date of event</i>	
Numer seryjny wyrobu/ <i>Product serial number</i>	
Awaria urządzenia/ <i>Damage of device</i>	
Kto obsługiwał urządzenie – stanowisko / <i>Who operated the device -position</i>	
<b>Czy zdarzenie zagrażało życiu pacjenta/</b> <i>Was the event life-threatening to the patient?</i>	
Opis zdarzenia/ <i>Description of event</i>	

Podpis z pieczętką szpitala  
*/Signature, hospital stamp*